

Decido não participar do cadastro de imunização/vacinação de New Hampshire

- Eu decido não participar do cadastro de imunização/vacinação de New Hampshire.
- Eu decido que meu filho não participe do cadastro de imunização/vacinação de New Hampshire.

Compreendo que esta decisão não impedirá que eu ou meu filho recebamos imunizações.

Compreendo que posso revogar minha decisão a qualquer momento, preenchendo o formulário “Revogar decisão anterior de não participar do cadastro de imunização/vacinação de New Hampshire”, fornecido por meu atual provedor de cuidados de saúde.

Compreendo que as informações sobre minha imunização/vacinação, ou as de meu filho, não serão enviadas ao cadastro de imunização/vacinação de New Hampshire.

DATA: _____

NOME DO PACIENTE (em letra de forma): _____

NOME DO PACIENTE (assinatura): _____

NOME DO TUTOR se a pessoa tiver menos de 18 anos de idade (em letra de forma): _____

NOME DO TUTOR se a pessoa tiver menos de 18 anos de idade (assinatura): _____

TESTEMUNHA do atual provedor de cuidados de saúde: _____

Os pacientes que preferam declinar de suas participações no cadastro não estão isentos da obrigação de cumprir os requisitos de imunização atuais estabelecidos na norma RSA 141-C: 20-a e He-P 301.14.

A ser preenchido pelo atual provedor de cuidados de saúde:

Data de entrada no cadastro médico eletrônico: _____

Iniciais: _____